FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — N° 393

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Cristo M. DADA

Né à Jérusalem, le 21 novembre 1901

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE DE L'ORCHIDOPEXIE TRANS-SCROTALE PAR LE PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

Président : M. CUNÉO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1930 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Cristo M. DADA

Né à Jérusalem, le 21 novembre 1901

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE DE L'ORCHIDOPEXIE TRANS-SCROTALE

PAR LE PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

Président : M. CUNÉO, *professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1930

DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. M. LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN. LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. Neurologie et Psychiatrie.
BINET . . . . Physiologie.
AUBERTIN . . Pathologie médicale.
BÉNARD (H.) . Pathologie médicale.
BLANCHETIÈRE. Chimie biologique.
BROCQ. . . . Pathologie chirurgicale
BRULÉ . . . . Pathologie médicale.
CADENAT. . . Pathologie chirurgicale
CATHALA. . . Pathologie médicale.
CHABROL . . Pathologie médicale.
CHEVALLIER. Pathologie médicale.
De GAUDART d'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
DOGNON. . . Physique.
DONZELOT. . Pathologie médicale.
ÉCALLE . . . Obstétrique.
FEY. . . . . Urologie.
GARNIER. . . Pathologie expérimentale
GASTINEL . . Bactériologie.
GATELLIER. . Pathologie chirurgicale
GIROUD . . . Histologie.
HARVIER. . . Pathologie médicale.
HOVELACQUE Anatomie.
HUTINEL. . . Pathologie médicale.
JOANNON . . Hygiène.
JOYEUX. . . Parasitologie.
LABBÉ (Henri) Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (G.) Pathologie médicale.
LEMAITRE . . Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX . . . Anatomie pathologique
LEVEUF . . . Pathologie chirurgicale
LEVY-VALENSI. Neuro-psychiâtrie.
LIAN . . . . . Pathologie médicale.
MERCIER (F.). Pharmacologie.
MILLOT. . . Histologie.
MONDOR. . . Pathologie chirurgicale
MOREAU . . . Pathologie médicale.
MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . . Pathologie chirurgicale.
MULON. . . . Histologie.
OBERLING . . Anatomie pathologique.
OLIVIER . . . Anatomie.
PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
PORTES . . . Obstétrique.
QUÉNU. . . . Pathologie chirurgicale,
RICHET. . . . Physiologie.
SÉZARY. . . . Dermatologie et Syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . . Pathologie médicale.
VAUDESCAL. Obstétrique.
VELTER . . . Ophtalmologie.
VERNE. . . . Histologie.
VIGNES . . . Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

BUSQUET . . . . . Pharmacologie.
GUENIOT . . . . . Obstétrique.
LEQUEUX . . . . . Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
RETTERER . . . Histologie.
ZIMMERN . . . . Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI. . . .	Clinique médicale.	CHEVASSU . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY. . . .	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER.	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU . . .	Clinique chirurgicale.
DUVOIR. . . .	Clinique médicale.	MOCQUOT. . .	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. .	Clinique médicale.	PROUST. . . .	Clinique chirurgicale
LAIGNEL-LAVASTINE	Clinique méd.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	LE LORIER . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . . .	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL .	Clinique obstétricale.
BASSET. . . .	Clinique chirurgicale.	METZGER. . .	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEILL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND-MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE OLGA

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES ONCLES

A MES TANTES

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MON FRÈRE GEORGES

Faible témoignage de gratitude
pour tout ce qu'il a fait pour moi.

A MES AMIS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A Monsieur le Professeur Bernard CUNÉO

Hommage reconnaissant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR MÉNÉTRIER

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE PROFESSEUR DELBET

M. LE PROFESSEUR LEGUEU

M. LE PROFESSEUR TERRIEN

M. LE PROFESSEUR SÉBILEAU

M. LE PROFESSEUR CLAUDE

M. LE PROFESSEUR JEANSELME

M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

A MONSIEUR AMÉDÉE FOLLIASSON

Interne des Hôpitaux

Chef de Laboratoire à la Faculté

C. Dada

CONTRIBUTION A LA TECHNIQUE

DE

L'ORCHIDOPEXIE TRANS-SCROTALE

PAR LE PROCÉDÉ D'OMBRÉDANNE

PRÉAMBULE

A en juger par les traités classiques, on a proposé des techniques multiples d'orchidopexie. Il serait fastidieux et sans intérêt de les énumérer, car à l'heure actuelle nous disposons d'un procédé simple, sûr, élégant de fixation du testicule ectopique : c'est l'orchidopexie trans-scrotale d'Ombrédanne.

Nous ne ferons que rappeler cette excellente technique — nous réservant d'insister — et c'est là le but de ce modeste travail, sur certains détails particuliers de ce procédé : notamment la *libération systématique* de tout ce qui fait obstacle à la « descente » facile du testicule. Car par la lecture des traités classiques et de nombreuses publications, nous nous sommes rendu compte qu'il n'existait aucun travail d'ensemble sur ce point.

Le chirurgien opérant une ectopie doit toujours avoir présentes à l'esprit ces deux directives :

L'orchidopexie n'est qu'une « formalité » (Nélaton),

formalité que nous nous empressons d'ailleurs de qualifier d'indispensable.

La libération du testicule et surtout de son pédicule l' « orchidolyse », pour employer l'expression de Forgue, reste la manœuvre capitale.

Aussi :

1° Ferons-nous l'étude systématique des différents obstacles anatomiques s'opposant à cette « orchidolyse »;

2° Puis exposerons-nous dans ses détails la technique à suivre pour avoir raison de ces obstacles sans nuire à la vitalité du testicule.

Grâce à cette technique méthodiquement menée, il a été possible d'abaisser facilement, avec un pédicule vasculaire intact, des testicules haut situés.

RAPPEL
DE LA TECHNIQUE D'OMBRÉDANNE

Il nous faut auparavant faire un bref rappel de la technique de cet auteur. Nous le répétons : pour ce qui est de la « pexie » c'est la seule technique *sûre* ; elle est universellement acceptée et appréciée.

Premier temps. — Incision de cure radicale de hernie inguinale ; ouverture de l'aponévrose, du grand oblique ; isolement du cordon et du testicule ; libération du pôle inférieur de ce dernier en se méfiant de l'existence d'un épididyme déroulé décrivant une anse au-dessous du testicule. — Donc dissociation prudente, méthodique et attentive des brides fibreuses fixant le pôle inférieur du testicule.

Deuxième temps. — Cure radicale du canal péritonéo-vaginal par retournement, précédé de la fermeture en bourse de son orifice.

Quand ce canal est étroit et deshabité il n'y a pas à s'en préoccuper.

Passage d'un fil formant nœud coulant au-dessus du testicule. Ce fil servira à l'amener en bonne place.

Troisième temps. — Orchidopexie. Quel que soit le côté à opérer, il faut que toujours le chirurgien se place à *droite* de l'opéré.

On repère le raphé scrotal avec deux pinces de Kocher posées délicatement.

Puis l'index gauche partant de la plaie inguinale va creuser peu à peu un passage dans le scrotum en visant le milieu de la bourse diagonalement opposée. Le doigt vient buter contre la cloison élastique des bourses, la refoule et va soulever les téguments du scrotum du côté opposé. Le doigt qui prépare le passage fait remonter le testicule opposé et ne présente à la lame du bistouri que le tégument scrotal immédiatement superposé à la cloison élastique des bourses.

Alors sur le flanc de scrotum tendu par l'index qui le refoule le bistouri attaque une incision verticale de 3 centimètres environ, comprenant toute l'épaisseur des téguments.

Sous la poussée du doigt on voit apparaître la cloison des bourses toute blanche, lorsque le scrotum est bien incisé.

Avec une compresse on refoule les deux lèvres cutanées le long du doigt qui pousse la cloison en sens inverse. On réalise ainsi un décollement qui servira au logement futur du testicule.

A ce moment on repère en haut et en bas avec deux pinces Kocher le dôme saillant que forme la cloison refoulée par le doigt.

Puis à son tour on incise verticalement cette cloison d'une pince repère à l'autre. On doit quelquefois à ce moment pincer une artériole.

Lorsque la cloison est incisée, l'extrémité de l'in-

dex ganté apparaît en noir, recouvert seulement d'un peu de tissu cellulaire qu'on écarte : le doigt achève enfin de se dégager, ayant passé par exemple de la plaie inguinale droite à la plaie scrotale gauche, ayant accompli la traversée trans-scrotale.

A ce moment on place sur l'extrémité de l'index *le bout d'une pince de Kocher fermée* qui s'y appuie ; le doigt se retire lentement et régulièrement : la pince de Kocher le suit, toujours appuyée sur son extrémité sans perdre le contact. Elle apparaît alors dans la partie inférieure de la plaie inguinale. On ouvre les mors de la pince et on place entre eux les deux extrémités au catgut dont l'anse a été passée autour du col de la glande. La pince se referme et entraîne ce double fil en rétrogardant pour venir sortir par la plaie scrotale à travers la boutonnière ou la cloison élastique.

Le déférent, le testicule et le fil de traction constituent un guide rectiligne sur lequel on fait de bas en haut coulisser la boutonnière élastique autant qu'il est nécessaire pour que le testicule émerge entre les lèvres de la cloison.

Reste alors à fermer la boutonnière élastique, assez étroitement pour empêcher le testicule d'échapper et de remonter, assez lâchement pour que les éléments du cordon qui la franchissent n'y soient pas comprimés. Pour cela on refoule le cordon dans la commissure inférieure de la boutonnière et au-dessous de lui on place un surjet au fil de lin sur le reste de la boutonnière. Ceci fait, on pratique les

« essais » : tirant sur le fil testiculaire on s'assure que le cordon glisse facilement à travers ce qui reste de la boutonnière. D'autre part dans le canal inguinal on exerce sur le cordon une traction suffisante pour être certain que le testicule tient solidement et ne peut s'échapper. On libère alors la glande des fils de traction qui servait à la manœuvre. On referme le scrotum par-dessus le testicule avec des agrafes de Michel, très peu serrées et extrêmement rapprochées les unes des autres.

Restauration du canal inguinal par le procédé antifuniculaire.

OBSTACLES ANATOMIQUES A LA LIBÉRATION DU CORDON ET DU TESTICULE

Ces obstacles sont multiples et pour obtenir un abaissement correct du testicule il faut savoir les identifier et les détruire de façon à la fois anatomique et réglée.

Par « abaissement correct » nous entendons qu'il faut *avoir trop en matière de longueur du pédicule testiculaire pour avoir assez* et qu'il faut se méfier de ces testicules abaissés dans le scrotum au prix d'une traction exagérée : ce sont des testicules qui remontent se plaquer contre l'orifice inguinal superficiel ou contre la surface angulaire du pubis.

A) Le premier de ces obstacles est constitué par l'existence quasi constante d'un sac herniaire, mince, pellucide, adhérent de façon intime aux éléments du cordon, notamment au canal déférent. Il peut se présenter sous deux types bien différents au point de vue du traitement à leur appliquer :

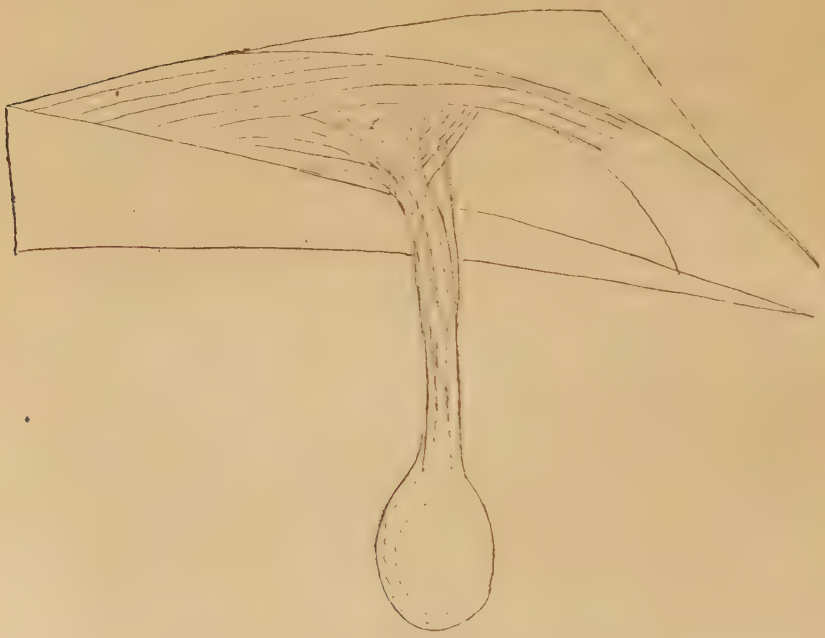
a) Simple diverticule péritonéale s'engageant à peine dans les premiers centimètres du cordon. (Schéma I).

b) Ou bien au contraire persistance complète du canal péritonéo-vaginal.

Ces deux variétés se rencontrent de façon sensiblement égale.

Dans le premier cas, le simple refoulement du sac en profondeur sans procéder à son ouverture.

SCHÉMA I



1. Sac herniaire, type 1 : simple diverticule.
2. Sac funiculo-vaginal.

Les rudiments de sac sont généralement vides de tout contenu et le fait de reconstituer, en fin d'opération au devant d'eux, une paroi inguinale solide, empêche leur développement ultérieur.

Dans le deuxième cas, il faut, après ouverture du sac, le sectionner prudemment à sa partie haute,

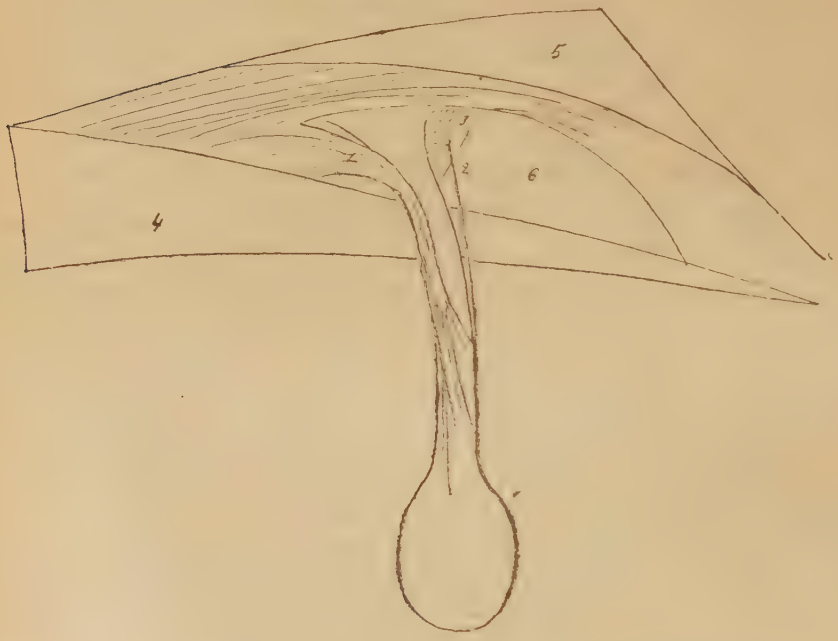
section qui se fera de dedans en dehors après ouverture longitudinale préliminaire. On ferme en bourse le segment supérieur et on le refoule comme dans le cas précédent à l'intérieur de l'abdomen. Le segment inférieur sera décollé des éléments du cordon et refoulé vers le bas sur quelques centimètres, puis on l'abandonne. Il ne faut pas pratiquer le retournement de ce bout inférieur autour du cordon, car les points fixant ce retournement seront une gêne à l'abaissement de la glande. Il ne résulte aucun trouble de l'abandon du segment inférieur du sac. S'en servir, comme le voulait Kermisson, pour fixer le testicule au niveau de l'orifice superficiel du canal inguinal, est plus qu'illusoire. Il est illogique de confier la fixation d'un organe aussi violemment sollicité vers le haut par la résistance de son pédicule, à un élément aussi mince, aussi friable qu'un sac péritonéale.

B) *Le crémaster*, lui, forme bride au flanc externe du cordon (schéma II) et gêne la libération et l'abaissement du funicule. La section doit être faite systématiquement à son point d'origine aux bords inférieurs du petit oblique transverse fusionné en un tendon conjoint juste avant que ce dernier enjointe le cordon et de préfuniculaire devienne rétro-funiculaire.

C) *L'artère et la veine funiculaire* tributaires des vaisseaux épigastriques, forment bride sur le flanc interne du cordon (Schéma II), mais à l'inverse du crémaster qui d'emblée s'applique sur la fibreuse

commune, les vaisseaux funiculaires longent assez longtemps cette dernière et ne la pénètrent que vers l'orifice superficiel du canal inguinal.

SCHÉMA II



1. Crémaster.
2. Funiculaire.
3. V. épigastrique derrière le ligament de Hesselbach.
4. Lambeau inférieur de l'aponévrose du grand oblique.
5. Lambeau supérieur de l'aponévrose du grand oblique.
6. Fascia transversalis.

On méconnait volontiers cet élément de résistance et fréquemment lors des tractions exercées sur le cordon au moment de la pexie, il arrive que l'on rompe ces vaisseaux, d'où hématome avec tous ses ennuis tant immédiats qu'ultérieurs.

Il est donc beaucoup plus logique de rechercher systématiquement en arrière du cordon ce pédicule et de le réséquer entre deux ligatures.

D) *La fibreuse commune*, autre élément de résis-

SCHÉMA III

tance à l'abaisement, sera sectionnée à son tour. Il suffit de rappeler que cette fibreuse commune, enveloppe du cordon, est une émanation du fascia transversalis (Schéma III) pour montrer à l'évidence combien dans certain cas elle contribue à gêner la descente opératoire du testicule.

La section, non pas longitudinale comme on aurait tendance à le faire (et comme on le fait lors de la cure radicale d'une hernie), mais transversale et *circulaire*, doit être prudente mais faite *complètement*.

Achevées les quatre manœuvres :

Section ou refoulement du sac

Section du crémaster,

Section des vaisseaux funiculaires,

Section de la fibreuse commune,

une traction légère sur le cordon le fait s'allonger notamment (schéma III). Il se passe là un peu ce qui arrive lorsque on effile un tube de verre sur une lampe : les éléments secondaires du cordon, crémaster, fibreuse commune, vaisseaux funiculaires, se rétractent de part et d'autre, laissant dégagés les éléments nobles artères et veines spermatiques, canal déférent et artères déférentielles.

E) Les manœuvres précitées sont suffisantes dans beaucoup de cas à donner un jeu suffisant au testicule et à son pédicule, pour permettre facilement sans aucune traction le second temps de l'opération, la pexie trans-scrotale.

Mais il est des cas où malgré elles on reste « à court » en matière de longueur du pédicule testiculaire. Que faire en pareil cas ?

Purement et simplement la section *d'autres éléments* de « résistance à l'abaissement » :

Eléments qui sont :

L'épigastrique et ses veines,

Le fascia transversalis,

Le bord postérieur de l'arcade crurale ou bandelette iléo-pubienne de Thompson.

a) *L'épigastrique et le fascia transversalis.*

Cette artère et le fascia transversalis situé au devant d'elle constituent pour nous un obstacle de premier plan à l'abaissement du cordon. Cela se conçoit aisément (schéma IV), le canal déférent montant du testicule passe dans la crosse de la funiculaire puis replonge dans le petit bassin, d'où coudure marquée du canal à sommet supérieur. De plus cette crosse de l'épigastrique attire le canal déférent en dehors (schéma IV). Donc sectionner cette *poulie* de réflexion et le fascia transversalis qui la continue en dedans, c'est supprimer les deux coudes du canal déférent et l'amener presque en direction rectiligne ; c'est gagner deux ou trois centimètres de longueur et il est des cas où cela n'est pas négligeable.

Et ce qui concerne le canal déférent, peut aussi bien s'appliquer quoique à un degré moindre aux vaisseaux spermatiques (schéma IV et V).

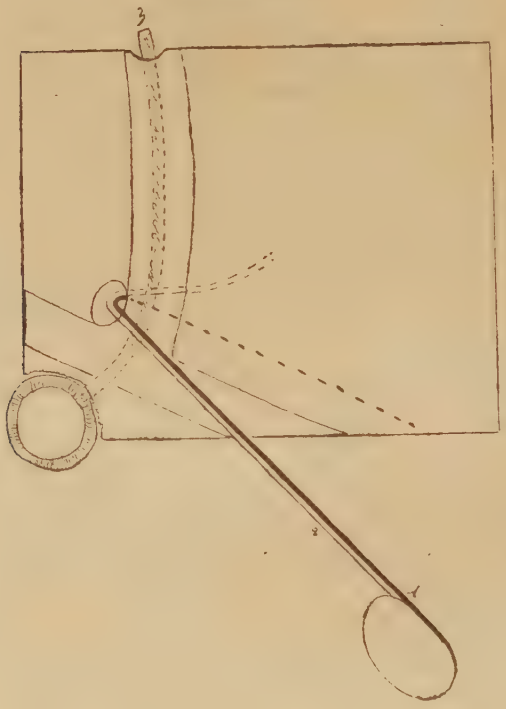
b) *Le bord postérieur de l'arcade.*

Bandelette iléo-pubienne de Thompson peut nous jouer un peu le rôle de la crosse des vaisseaux épigastriques.

Nous nous expliquons : si du point de vue ana-

tomique on regarde de près la paroi postérieure du canal inguinal et en particulier l'orifice inguinal profond, on constate (schéma V) que premièrement

SCHÉMA IV



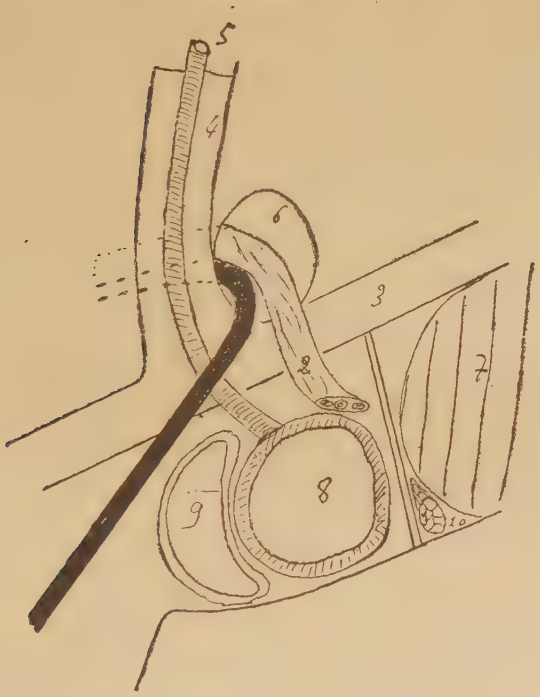
1. C. D.
2. V. spermatiques.
3. Epigastrique.

le canal déférent et son artère deviennent les vaisseaux spermatiques avant de pénétrer par l'orifice profond dans le trajet du canal inguinal, se soulèvent de la fosse iliaque externe et ont un trajet

ascendant de un, deux ou même deux centimètres et demi.

Il y a donc là une coudure à concavité inférieure,

SCHÉMA V



1. Canal déférent.
2. Vaisseaux spermatiques.
3. Bandelette ilio-pubienne.
4. Lig. de Hesselbach.
5. A. Epigastrique.
6. Orifice profond du canal inguinal.
7. Psoas iliaque.
8. A. iliaque externe.
9. V. iliaque externe.
10. Nerf crural.

coudure se faisant sur le bord postérieur de l'arcade crurale, bord renforcé en une bandelette ilio-pubienne.

Cette coudure du pédicule déférent, vaisseaux

spermatiques, nous l'avons toujours rencontrée dans nos dissections : elle apparaît manifestement sur les planches de la thèse de Lambert (Paris 1914, *Anatomie et Chirurgie du canal déférent*), planches reproduites d'ailleurs dans la dernière édition du Traité de Poirier (*Organes génito-urinaires*). Dans ce même traité au chapitre « canal inguinal » (myologie page 216) une figure plaide manifestement en faveur de ce que nous avançons.

Donc là encore en sectionnant la poulie de réflexion (en l'espèce la bandelette ilio-pubienne) il serait facile de gagner un ou deux centimètres. Mais en pareil endroit cette section de l'arcade serait dangereuse au plus haut point, car les vaisseaux iliaques, notamment l'artère qui a au-devant d'elle les grosses veines circonflexes iliaques profondes, ne sont pas loin. Aussi faut-il rejeter la section à ce niveau, et c'est là qu'apparaît l'avantage de la section du fascia transversalis et de son renforcement (le ligament de Hesselbach), section associée à la résection d'un segment du paquet vasculaire épigastrique.

La section de cette formation fibreuse, faite au ras du bord antérieur de l'arcade, permet de reporter très en dedans et en bas le canal déférent et les vaisseaux spermatiques.

On a donc du même coup gagné de la longueur par la suppression de deux coudures du pédicule testiculaire, l'une inféro-interne maintenue par l'épigastrique, l'autre inférieure maintenue par la bandelette ilio-pubienne.

Telle est complètement achevée cette partie « pariétale » de l'orchidopexie, cette « funiculo-lyse » donnée comme difficile par beaucoup d'auteurs. Sébileau et Descomp notamment ; elle nous a toujours paru facile à réaliser ; et nous considérons la section de tous ses obstacles — l'épigastrique notamment — comme plus facile que certaines manœuvres telles que le déroulement de l'anse épidymaires conseillé par certains auteurs, comme moins nuisible à la vitalité de la glande que la section de l'artère spermatique préconisée par d'autres.

Rien n'empêche d'ailleurs de *compléter cette libération pariétale « par un temps abdomino-iliaque »*. L'espace cellulo-adipeux sous-péritonéal de la fosse iliaque interne est décollé en profitant de la brèche due à la section de l'épigastrique, du fascia transversalis et de son renforcement, le ligament de Hesselbach.

On soulève le cul-de-sac péritonéal en masse sous une large valve vaginale, on décolle progressivement le pédicule spermatique qui lui est accollé et tend à le suivre. Ce temps opératoire est facile, car on trouve du tissu cellulaire souple permettant le glissement du pédicule.

La libération complètement achevée, il ne reste plus qu'à passer à la « pexie trans-scrotale », que l'on exécute par l'excellent procédé d'Ombrédanne.

Technique opératoire suivie.

Nous allons maintenant pour nous résumer schématiser brièvement les différents temps de l'opération :

1° Aseptiser le champ opératoire au chloroforme ou à la benzine iodée en veillant : *a*) à ne pas brûler les téguments si fragiles de cette région ; *b*) à bien aseptiser le scrotum dans tous ses plis et le périnée loin en arrière ;

2° Mise en place des champs. L'artifice d'Ombrédanne, qui consiste à faire enrouler la verge dans une compresse, compresse maintenue par une série d'agrafes de Michel placées à la base de l'organe, nous semble exposer à des risques de souillure des gants de l'opérateur ou de son aide. Un champ jeté sur la verge la rabattra complètement à distance, et deux pinces de Jayle, placées à la racine de cet organe, la solidarisant au champ, empêcheront son issue intempestive dans le champ opératoire;

3° Par une incision inguinale (longue, il faut avoir du jour), découverte du canal. Se méfier de ne pas blesser le testicule qui est souvent remonté au-dessous de l'aponévrose du grand oblique ;

4° Ouverture de l'aponévrose du grand oblique ;

5° Libération du pôle inférieur du testicule ;

6° Libération « pariétale » méthodique et successive :

a) du sac :

réséqué ou refoulé, } Temps difficile et délicat

b) du crémaster,

c) de la fibreuse commune,

d) des vaisseaux funiculaires coupés entre deux ligatures,

e) de l'épigastrique et de ses veines ; lier soigneusement avant de sectionner entre deux ligatures, car on courrait le risque d'une hémorragie abondante et, en cherchant à pincer à tort et à travers ce qui saigne, on risquerait de pincer les vaisseaux iliaques externes, le péritoine, une anse intestinale,

f) du ligament de Hesselbach et du reste du fascia transversalis au ras de l'arcade crurale, jusqu'à l'insertion pubienne du tendon conjoint ;

7° Si cela est nécessaire, on procède à l'exécution d'un temps abdomino-iliaque de libération du pédicule spermatique ;

8° Pexie trans-scrotale par le procédé d'Ombrédanne. Nous insistons sur la nécessité de créer une loge suffisamment large sous le scrotum du testicule descendu, sinon s'il est volumineux, sa saillie sera cause de sphacèle partiel ou total des lèvres de la plaie scrotale ;

9° Réfection pariétale du canal inguinal par le procédé préfuniculaire, aux crins ;

10° Fermeture de l'aponévrose du grand oblique ;

11° Agrafes sur les téguments.

CONCLUSIONS

1° *Dans l'orchidopexie il y a deux temps* :

Un capital : la libération funiculo-testiculaire, avec deux étapes : l'une difficile, c'est la libération pariétale ; l'autre, facile, c'est la libération abdomino-iliaque.

L'autre : c'est la pexie trans-scrotale ;

2° La libération funiculo-testiculaire doit être faite de façon réglée ;

3° Donc on fera toujours systématiquement :

la section ou le refoulement du sac herniaire concomitant,

la section du crémaster,

la section de la fibreuse commune, elle sera circulaire et complète,

la section des vaisseaux funiculaires ;

4° Si l'abaissement s'avère difficile, on complétera le temps pariétal par :

la section des vaisseaux épigastriques,

la section du fascia transversalis et de son renforcement, le ligament de Hesselbach ;

5° Le temps donne du jeu au cordon en redres-

sant ses deux courbes : inféro-interne, maintenue par l'épigastrique ; inférieure, maintenue par la bandelette ilio-pubienne ;

6° On y ajoutera, si nécessaire, le temps abdomino-iliaque.

7° Enfin, on pratiquera la pexie trans-scrotale.

Vu : le Président de la thèse
B. CUNÉO.

Vu, le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Ombrédanne (*L.*). — Précis clinique et opératoire de Chirurgie infantile. Masson, 1923.

— L'orchidopexie chez l'enfant (Gazette médicale de France, n° 3, 15 mars 1928).

— Technique chirurgicale infantile. Masson, 1912.

Kirmisson. — Bulletin et Mémoires de la Société nationale de Chirurgie.

Mayet. — Journal des Praticiens, n° 28, 10 juillet 1920.

Martin et *Magdeleine*. — Ectopies testiculaires (La Science médicale pratique, 1928, p. 101).

Lambert. — Chirurgie du canal déférent. Steinheil, éditeur. Thèse de Paris, 1914.

Sebileau et *Descomp*. — Maladies des organes génitaux de l'homme (Traité de Chirurgie. Le Dentu et Delbet).

Forgue. — Précis de Pathologie interne.

Poirier. — Traité d'anatomie humaine myologie organes génito-urinaires.

954 — Imp. de la Faculté de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 6-30